

의뢰기관명			과명/병동	/	주치의☎		등록번호		
산 모 명		생년월일			나이/성별	/	민족	Korea ☐ / 기타:	
산 모 정 보	체중	kg	초음파주수		태아수		바코드 부착		
	최종월경일		LMP 주 수		흡연여부	☐ Yes ☐ No			
	당뇨 ☐ Yes ☐ No		Previous Down ☐ Yes ☐ No		Previous NTD ☐ Yes ☐ No				
	CRL	mm	NT	mm	재검여부	☐ Yes ☐ No			
검 체 종 류	☐ 혈청	☐ 양수	☐ 기타:			의뢰일	년	월	일
기 타 사 항						채취일	년	월	일

분 류	V	검 사 항 목	비 고		검체량		
선 별 검 사	임신 10~13주	☐ First double marker (PAPP-A, free β -hCG)	검체 채취일	년	월	일	혈청 1.0mL
		☐ Integrated test 1차 (PAPP-A)					
		☐ Sequential test 1차 (PAPP-A, free β -hCG)					
	임신 14~22주	☐ Integrated test 2차 (AFP, uE3, hCG, Inhibin A)	검체 채취 예정일	년	월	일	혈청 1.0mL
		☐ Sequential test 2차 (AFP, uE3, hCG, Inhibin A)	검체 채취일	년	월	일	
		☐ Triple maker (AFP, uE3, hCG)	검체 채취 예정일	년	월	일	
		☐ Quadruple test (AFP, uE3, hCG, Inhibin A)	검체 채취일	년	월	일	
생 화 학 정 밀 검 사	임신 15~22주	☐ AFP(양수)				양수 2.0mL	
		☐ Acetylcholinesterase 정성				양수 3.0mL	
의 료 이 유	☐ 산전 검진 선별검사 양성 ☐ ONTD 양성 ☐ 35세 이상 기타:						

- * 1차 Integrated test, Sequential test 시 산모에게 2차 검사 예정일을 통보하시고, 의뢰서에 기입하여 주시기 바랍니다.
- * 2차 Integrated test, Sequential test 시에는 검체 채취일만 기입하여 주시기 바랍니다.
- * 양수는 혈액 및 기타 오염에 주의하여 냉장상태로 보내 주십시오.(전용용기 제공)
- * 의뢰서 첫번째장은 진료병원용, 두번째 장은 산모용, 세번째 장은 검사실용입니다.

기형아 선별검사 동의서

- 본인은 임신 중 모체혈청 선별검사가 다운증후군, 에드워드 증후군과 신경관 결손태아를 선별하기 위한 검사로 각각의 발견률이 Integrated test:91%, Quad test:80% Triple test:65%인 사실을 잘 이해 합니다.
- 본인은 임신초기, 중기 선별검사의 장점을 알고 있으며 초기검사 시 개방형 신경관 결손증 선별을 위해서는 임신중기 AFP검사가 필요하다는 사실을 알고 있습니다.
- 본인은 Integrated test검사가 2단계(1차:임신10~13주, 2차:14~22주)에 걸쳐 진행되며 검사결과는 2차검사 진행된 후 7일 내 보고되고, 다운증후군의 유병율을 600명당 1명이라고 할 때, Integrated test에서 다운증후군 고위험군으로 분류된 경우, 양수 염색체검사로 태아를 확인해 보면 96%는 정상이고, 4%에서 비정상 결과로 나온다는 사실을 잘 이해합니다.
- 산전 기형아 검사는 선별검사와 확진검사 두 단계에 걸쳐 진행되며, 다운증후군과 에드워드 증후군의 위험도가 높은 경우 양수 혹은 융모막 염색체 분석을 실시하여 확진해야하며, 개방형 신경관 결손의 위험도가 높은 경우에는 양수 AFP검사, 양수 AChE검사, 염색체검사, 정밀 초음파 검사가 필요하다는 사실을 잘 이해 합니다.
- 본인은 이러한 선별검사를 자원하여 요청하며 본인이 원하지 않을 경우 언제라도 본 검사를 거절할 수 있음을 잘 알고 있습니다.
- 본인은 선별검사결과가 정상으로 나타나도 이것이 정상태아임을 보증하는 것이 결코 아니라는 사실을 잘 이해합니다.
- 본인은 본 검사의 필요성과 한계점을 잘 이해하며 본인의 질문에 대하여 주치의로부터 상세한 답변을 듣고 본 검사를 신청합니다.

신청일 : 년 월 일 신청인:

